



Perihal : Permohonan Surat
Izin Penelitian

NO :

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--

Pangkajene Sidenreng, 2022

Kepada Yth,
Bapak Bupati Sidenreng Rappang
Cq. Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kab. Sidenreng Rappang

Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Yang bertanda tangan dibawah ini ;

- 1. Nama :
- 2. Alamat :
- 3. No. Telpn / HP :

Memohon Kepada Bapak Kiranya Dapat Diberikan Surat Izin Penelitian;

Lembaga / Universitas :

Judul Penelitian :

.....

.....

Lokasi Penelitian :

Jenis Penelitian :

Tanggal Penelitian : s/d.....

Sebagai Bahan Pertimbangan Terlampir;

- | | |
|---|----------|
| 1. Foto Copy Kartu Tanda Penduduk | 1 Lembar |
| 2. Rekomendasi Dari Lembaga Pendidikan atau Terkait | 1 Lembar |
| 3. Rekomendasi Dari Kesbang dan Linmas Kab. Sidenreng Rappang | 1 Lembar |

Demikian Disampaikan, Atas Bantuannya Di Ucapkan Terima Kasih.

Pemohon

Tembusan ;

- 1.
- 2.
- 3.



NO :

Pangkajene Sidenreng, 2022

Perihal: Permohonan Izin
Pemasangan Reklame

Kepada Yth,
Bapak Bupati Sidenreng Rappang
Cq, Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Sidenreng Rappang

Di,

Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Bersama ini diajukan permohonan Baru / permohonan perpanjangan*) Izin Pemasangan Reklame
sebagaimana diatur dalam perda No. 23 Tahun 2010 tentang Izin Pemasangan Reklame.
Adapun untuk keterangan, identitas kami adalah sebagai berikut :

Nama	:	.....
Pekerjaan	:	.....
Nomor Telp. / HP	:	.....
Alamat Rumah	:	.....
Nama Perusahaan	:	.....
N P W P D	:	.....
Jenis Usaha	:	.....
Alamat Perusahaan	:	.....
Jenis Reklame (*)	:	a. Reklame Papan : <ul style="list-style-type: none">- Rombong/Bangunan (Sederhana, Sedang, Mewah)- Mini BilBoard s/d 6 m2- Bilboard ukuran diatas 6 m2- Megatrom, Vidiotrom, Dinamic Wall- Bando, Neon Sign / Neon Box b. Reklame : Kain, Plastik dan Mika <ul style="list-style-type: none">- Spanduk, Umbul Umbul, Baliho c. Reklame : Selebaran, Melekat (Stiker), Berjalan, Udara, Suara, Peragaan dan Fill / Slide
	:	d. Lain – Lain
Ukuran / Banyaknya	:	.....M2 / Lembar / Buah
Lama Tayangan	:	.....Tahun / Bulan / Hari (Tanggal
Sisi	:	.....
Lokasi	:	.....
Type Jalan	:	Nasional / Provinsi / Kolektor

Untuk melengkapi permohonan tersebut, dengan ini kami sampaikan pula lampiran sesuai syarat – syarat
untuk mengajukan permohonan antara lain :

- 1. Copy KTP
- 2. Contoh / Gambar / Foto Jenis Reklame

Demikian disampaikan, atas bantuannya diucapkan terimah kasih,

Pemohon,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2021

Perihal: Permohonan Surat Izin Perekam
Medis (**SIPM**)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
Jenis Kelamin :
Lulusan :
Tahun Kelulusan :
Nomor STR :
Masa berlaku STR : (tanggal/bulan/tahun)
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek
Perekam Medis pasa;

Nama Fasyankes :

Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijasah terakhir yang sudah dilegalisir asli
3. Fotocopy STR yang masih berlaku dilegalisir asli
4. Surat pernyataan mempunyai tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
8. Untuk mendapatkan SIPA kedua harus melampirkan yang pertama.

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,

SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN DAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan dibawah ini ;

Nama :
Alamat :
Bidang Usaha :
Jenis Usaha :
Sub Jenis Usaha :
Jabatan : Direktur Utama / Penanggung Jawab

Menyatakan dengan sesungguhnya ;

- 1. Segala data yang terdapat dalam dokumen permohonan pendaftaran/pemutakhiran data/pengaktifan kembali usaha ini adalah **Benar dan Sah**.
- 2. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen-dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun, dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pangkajene Sidenreng,2021

Pemohon

Materai
10.000



NO :

Pangkajene Sidenreng,2021

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Radiografer (SIKR)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Ijazah Terakhir :
Jenis Kelamin :
Tahun Kelulusan :
Alamat :
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek
Radiografer (SIKR) pada sarana ;

Nama Sarana :
Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy SIR yang masih berlaku
3. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Radiografer (STRR)
4. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat pernyataan telah melaksanakan tugas dari pimpinan saran pelayanan kesehatan
7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
8. Untuk mendapatkan SIKR kedua harus melampirkan yang pertama.
9. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha (SITU)
10. Foto copy ijazah legalisir asli

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2022

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Apoteker (SIPA)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan ; 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
E-mail :
Pendidikan Terakhir :
Nomor STRA :
Masa berlaku STRA : (tanggal/bulan/tahun)
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek Apoteker sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889.Menkes/Per/V/2011 Tentang Registrasi Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian pada;

Nama Fasilitas Kesehatan :

Alamat :

Waktu Praktek : Hari :

Jam :s.d.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijasah terakhir yang sudah dilegalisir asli
3. Fotocopy STRA yang masih berlaku dilegalisir asli
4. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian
5. Pas foto 3X4 (3 lembar)
6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
8. Untuk mendapatkan SIPA kedua harus melampirkan yang pertama.
9. SIPA Asli jika perpanjangan
10. Fotocopy SK/ surat tugas

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN

Yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama Lengkap :.....
Tempat Tanggal Lahir :.....
Alamat Rumah :.....
Telepon :.....
Nomor Handphone :.....
E-mail :.....
No. Sastra :.....

Masa Berlaku STRA Sampai:.....(tanggal/bulan/tahun)

Untuk bekerja sebagai apoteker di fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Pangkajene Sidenreng,.....2022

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

NO :

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--

Yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama Lengkap :.....
Tempat Tanggal Lahir :.....
Alamat Rumah :.....
Telepon :.....
Nomor Handphone :.....
E-mail :.....
No. Sastra :.....
Masa Berlaku STRA Sampai:.....(tanggal/bulan/tahun)

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Apoteker pada:

Nama Fasilitas Kefarmasi:.....
Alamat :.....

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Pangkajene Sidenreng,.....2022
Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama Lengkap :.....

NO :

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--

Jabatan :.....
Nama Instansi/Fasilitas :.....
Alamat Instansi/Fasilita :.....
Telepon :.....

Dengan ini memberikan persetujuan kepada;

Nama Lengkap :.....
Tempat Tanggal Lahir :.....
Alamat Rumah :.....
Telepon :.....
Nomor Handphone :.....
E-mail :.....
No. Sastra :.....

Masa Berlaku STRA Sampai:.....(tanggal/bulan/tahun)

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada:

Nama Fasilitas Kefarmasia:.....
Alamat :.....

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Pangkajene Sidenreng,.....2022
Yang membuat pernyataan,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2022

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Ahli Teknologi Laboratorium Medik
(SIP-ATLM)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Jurusan :
Tahun Kelulusan :
Nomor STR :
Alamat :
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek/kerja
Analisis Kesehatan di.....
Alamat

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijasah terakhir yang sudah dilegalisir asli
3. Fotocopy STR-ATLM yang masih berlaku dilegalisir asli
4. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
5. Pas foto 3X4 (3 lembar)
6. Surat keterangan bekerja dari pimpinan
7. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
9. Untuk mendapatkan SIP-ATLM kedua harus melampirkan yang pertama.
10. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha (SITU).
11. SIP-ATLM asli jika perpanjangan.

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2022

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Bidan (SIPB)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat :
Jenis Kelamin :
Tahun Kelulusan :
Nomor STR/SIB :
Masa Berlaku STR/SIB :
No Rekomendasi O.P :
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek Bidan yang berlokasi ;

Nama Praktek :

Alamat :

Hari Praktek :

Jam Praktek :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy ijazah yang dilegalisir asli
3. Fotocopy STR/SIB yang masih berlaku dan dilegalisir asli
4. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat pernyataan tidak melaksanakan praktek pada jam kerja instansi pemerintah bagi yang bekerja di instansi pemerintah
7. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
9. Untuk mendapatkan SIPB kedua harus melampirkan yang pertama.
10. Fotocopy SK/ Surat Tugas / Disposisi
11. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha (NIB)
12. SIPB Asli jika perpanjangan

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,



Pangkajene Sidenreng,2021

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Fisioterapis (SIPF)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan ; 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat :
Jenis Kelamin :
Lulusan :
Tahun Kelulusan :
Nomor SIF/STR :
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Fisioterapis pada ;

Nama Tempat Praktek :
Alamat :
Kel./Desa :
Kec. :

Sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1363/Menkes/SK/XII/2001 tentang Registrasi dan Izin Praktek Fisioterapis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy ijazah pendidikan Fisioterafis yang diakui pemerintah
3. Fotocopy STRF dilegalisir asli
4. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktek pelayanan fisioterafis secara mandiri
7. Surat rekomendasi dari organisasi profesi Perawat
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
9. Untuk mendapatkan SIP kedua harus melampirkan yang pertama.
10. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha (SITU)

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2022

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Perawat (SIPP)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat :
Jenis Kelamin :
Tahun Kelulusan :
Nomor SIP :
Alamat Praktek :
Lulusan :
No. HP :
Hari Praktek :
Jam Praktek :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Prawat.
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy ijazah yang dilegalisir asli
3. Fotocopy STRA yang masih berlaku dan dilegalisir asli
4. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat pernyataan tidak melaksanakan praktek pada jam kerja instansi pemerintah bagi yang bekerja di instansi pemerintah
7. Surat rekomendasi dari organisasi profesi Perawat
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
9. Untuk mendapatkan SIPP kedua harus melampirkan yang pertama.
10. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha (SITU)
11. Fotocopy SK/ Surat Tugas / Disposisi
12. SIPP Asli jika perpanjangan.

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2021

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Ijazah Terakhir :
Tempat Bekerja :
Tahun Kelulusan :
Nomor STR :
Alamat :
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek
Terapis Gigi dan Mulut ;

Nama Fasyankes :
Alamat :
Hari / Jam Kerja :
Pimpinan :
No. Telp :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijasah terakhir yang sudah dilegalisir asli
3. Fotocopy STRTGM yang masih berlaku dan dilegalisir asli
4. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktek
7. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
9. Untuk mendapatkan SIP-ATLM kedua harus melampirkan yang pertama.
10. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha (SITU).

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2021

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Gizi (SIPTGz)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat :
Jenis Kelamin :
Tahun Kelulusan :
Nomor STRGz :
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek
Tenaga Gizi (SIPTGz) atau Surat Izin Kerja Tenaga Gizi (SIKTGz) pada sarana;

Nama Sarana :

Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy ijazah yang dilegalisir asli dilegalisir asli
3. Fotocopy STRGz berlaku dilegalisir asli
4. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktek pelayanan gizi secara mandiri
7. Surat rekomendasi dari organisasi profesi Perawat
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
9. Untuk mendapatkan SIPTGz kedua harus melampirkan yang pertama.
10. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha OSS RBA (NIB) Wajib dilampirkan Untuk Praktek Mandiri

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,

=====



NO :

Pangkajene Sidenreng,2022

Perihal: Permohonan Surat Izin Tenaga
Teknis Kefarmasian (**SIPTTK**)

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
E-mail :
Pendidikan Terakhir :
Nomor STRTTK :
Masa berlaku STRTTK : (tanggal/bulan/tahun)
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek Tenaga Teknis Kefarmasian sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889.Menkes/Per/V/2011 Tentang Registrasi Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian pada;

Nama Fasilitas Kesehatan :
Alamat :
Waktu Praktek : Hari :
Jam :s.d.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijasah terakhir yang sudah dilegalisir asli
3. Fotocopy STRTTK yang masih berlaku dilegalisir asli
4. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian
5. Pas foto 3X4 (3 lembar)
6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
8. SIPTTK Asli jika perpanjangan
9. Untuk mendapatkan SIPTTK kedua harus melampirkan yang pertama.

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN

Yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama Lengkap :.....
Jabatan :.....
Nama Instansi/Fasilitas :.....
Alamat Instansi/Fasilita :.....
Telepon :.....

Dengan ini memberikan persetujuan kepada;

Nama Lengkap :.....
Tempat Tanggal Lahir :.....
Alamat Rumah :.....
Telepon :.....
Nomor Handphone :.....
E-mail :.....
No. STRTK :.....
Masa Berlaku STRTTK

Sampai:.....(tangga/bulan/tahun)

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

Pangkajene Sidenreng,.....2022
Yang membuat pernyataan,



SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Instansi/Fasilitas :
Alamat Instansi/Fasilita :
Telepon :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada;

Nama Lengkap :
Tempat Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
Nomor Handphone :
E-mail :
No. STRTTK :

Masa Berlaku STRTTK

Sampai:.....(tanggal/bulan/tahun)

Untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian pada:

Nama Fasilitas Kefarmasia
:

Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

Pangkajene Sidenreng,.....2022
Yang membuat pernyataan,



NO :

Pangkajene Sidenreng,2022

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktek
Dokter / Dokter Gigi

Kepada Yth. :
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Di, Kompleks SKPD Kab. Sidenreng Rappang

Jenis Permohonan : 1. Baru
2. Perubahan

Praktek yang ke :

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Nomor STR :
Jenis Kelamin :
Tahun Kelulusan :
Alamat :
Nomor Rekomendasi Organisasi Profesi :
No. HP :

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat izin praktek dengan alamat

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy STR yang masih berlaku (salinan asli)
3. Surat rekomendasi dari organisasi Profesi
4. Surat pernyataan mempunyai tempat praktek atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktek beserta izin penyelenggaraan sarana kesehatan yang masih berlaku
5. Pas foto 3X4 cm sebanyak (3 lembar) latar belakang merah
6. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
7. Peta lokasi dan denah ruangan tempat praktek beserta daftar peralatan yang dimiliki (untuk praktek perorangan),
8. Untuk mendapatkan SIP kedua harus melampirkan yang pertama.
9. Fotocopy ijazah dilegalisir asli.
10. Bagi pemohon praktek pribadi wajib melampirkan izin mendirikan bangunan (IMB) dan izin tempat usaha (SITU)
11. Fotocopy Sk/ Disposisi/ Surat Tugas

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon,

SURAT PERNYATAAN

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat / Tanggal Lahir :
Nomor STR :
Jenis Kelamin :
Tahun Kelulusan :
Alamat :
Nomor HP :
Anggota Organisasi Profesi :

Dengan ini menyatakan memiliki tempat praktek pada;

1. Nama Sarana Kesehatan:

Alamat / Kode Pos :

Kelurahan / Kecamatan :

Hari / Jam :
2. Nama Sarana Kesehatan:

Alamat / Kode Pos :

Kelurahan / Kecamatan :

Hari / Jam :
3. Nama Sarana Kesehatan:

Alamat / Kode Pos :

Kelurahan / Kecamatan :

Hari / Jam :

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pangkajene Sidenreng,2021
Yang Membuat Pernyataan

Materai
10000

NO :

ALAMAT :

NO	JENIS ALAT	JUMLAH	KETERANGAN

PEMOHON
